

La educación para salud como elemento central en la prevención de hospitalizaciones en pacientes con insuficiencia cardiaca

Health education as a central element in the prevention of hospitalisations in heart failure patients

Concepción Cruzado-Álvarez*, Antonia Pilar Martín de la Rosa*, Ainhoa Robles-Mezcua**

* Enfermera Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

**Cardiólogo Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Autor para correspondencia: Concepción Cruzado Álvarez (concepcion.cruzado.sspa@juntadeandalucia.es).

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso de un paciente de 74 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, frecuentador de urgencias y con hospitalizaciones frecuentes, que se incluye en un programa de seguimiento en una Unidad Especializada de Insuficiencia Cardiaca. Durante el seguimiento la enfermera especializada en insuficiencia cardiaca estableció un plan de cuidados individualizado con el objetivo de que el paciente/familia adquieran conocimientos y habilidades para superar las dificultades que se van presentando a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad. Además, debe aprender a realizar la auto-monitorización de signos y síntomas, avisar de forma precoz en caso de empeoramiento y manejar la pauta flexible de diuréticos.

Palabras clave: autocuidado, diagnósticos de enfermería, enfermera, insuficiencia cardiaca.

Abstract:

This paper presents the case of a 74-year-old patient with a diagnosis of heart failure, frequenting the emergency department and with frequent hospitalisations, who is included in a follow-up programme in a Specialised Heart Failure Unit. During the follow-up, the nurse specialised in heart failure establishes an individualised care plan with the aim that the patient/family acquire knowledge and skills to overcome the difficulties that arise throughout the evolutionary course of the disease. In addition, they should learn to self-monitor signs and symptoms, to give early warning in case of worsening and to manage the flexible diuretic regimen.

Keywords: heart failure, nurse, nursing diagnoses, self-care.

Introducción

Introducción

A pesar de la disminución en la prevalencia de otras afecciones cardiovasculares, en el caso de la Insuficiencia Cardiaca (IC), el número de casos continúa aumentando a nivel mundial^{1,2}. En parte debido al envejecimiento de la población, pero también los avances en el tratamiento de las diferentes afecciones cardiacas, como la cardiopatía isquémica, son responsables de una mayor supervivencia de los pacientes, a expensas de un incremento de la IC^{3,4}.

La IC es una de las patologías con mayor repercusión sobre la población, y sobre el sistema sanitario por la alta morbilidad que

representa y por los elevados costes económicos que conlleva. Se asocia a una mala calidad de vida, con reingresos hospitalarios frecuentes y una elevada mortalidad².

El autocuidado es esencial en el tratamiento a largo plazo de la IC crónica. Las guías de práctica clínica destacan la educación para la salud como herramienta para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, realizar cambios en el estilo de vida, identificar los síntomas de descompensación y conocer la respuesta adecuada ante un empeoramiento de la enfermedad^{5,6}.

La educación para el autocuidado en pacientes con IC es un proceso de toma de

decisiones sobre comportamientos para mantener la estabilidad fisiológica y manejar la respuesta cuando ocurren los síntomas. Un paciente con esta patología debe realizar la monitorización de síntomas, mostrar adherencia al tratamiento prescrito y realizar una dieta baja en sal. Si a pesar de todo ello, aparecen signos de empeoramiento como el edema, debe incrementar la dosis de diuréticos, contactar con los profesionales sanitarios de referencia y evaluar la respuesta al incremento de diuréticos^{5,6}.

El tratamiento farmacológico en la IC es complejo, ya que se trata de pacientes con varias comorbilidades asociadas. Se estima que cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito⁷. La depresión, la fragilidad y el deterioro cognitivo son otros factores clínicos que pueden afectar a la adherencia. Los miembros de la familia y los cuidadores informales tienen un papel importante en la mejora de la adherencia al régimen terapéutico en estos pacientes^{5,6}.

Los diferentes estudios analizados destacan la figura de la enfermera especializada en IC, integrada en un equipo multidisciplinar, en la reducción de hospitalizaciones y mejora de la calidad de vida de estos pacientes^{2,5}. El objetivo de este trabajo es describir un plan de cuidados individualizado según taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Network Operation Center (NOC), Network Information Center (NIC)^{8,9,10} dirigido a evitar el reingreso hospitalario en un paciente con IC.

Resultados

Presentación del caso.

Observancia Clínica.

Varón de 74 años, derivado a la consulta de la enfermera de IC tras ingreso hospitalario. Antecedentes de miocardiopatía dilatada no isquémica, con disfunción biventricular severa, hipertensión arterial, artrosis fasetaria e hipertensión pulmonar severa. Portador de marcapasos. Frecuentador de urgencias, 5 asistencias en los últimos 3 meses, además de dos ingresos hospitalarios. Diagnosticado de IC estadio evolutivo C según la escala de la AHA/ACC (American College of Cardiology/American Heart Association) y con clase funcional III-IV según la NYHA (New York Heart Association)².

Valoración de Enfermería

La valoración de enfermería se realiza siguiendo el modelo de Virginia Henderson, se encontraron alteradas las siguientes necesidades:

- Necesidad de oxigenación: al alta persiste la disnea clase funcional II-III de la NYHA. No precisa oxígeno domiciliario.

- Necesidad de alimentación/hidratación:

presenta astenia, pérdida de peso de 10 kilos en el último año, mantiene el apetito, aunque no le gusta la comida sin sal.

- Necesidad de eliminación: función renal alterada, presenta filtrado glomerular de 45, iones en rango. Refiere estreñimiento.

- Necesidad de movimiento y postura: estilo de vida sedentario previo al ingreso, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, si bien acude en silla de ruedas por cansancio/debilidad, después de los ingresos hospitalarios ha perdido masa muscular.

- Necesidad de reposo y sueño: dificultad para conciliar el sueño por nicturia.

- Necesidad de seguridad: riesgo de caídas por dificultad en la deambulación, que se ve aumentado por la urgencia en la micción como consecuencia de la toma de diuréticos y el tratamiento con analgésicos por su patología osteoarticular.

- Necesidad de comunicación: barreras idiomáticas, la mujer habla español.

En la escala europea de autocuidados (EHFScBS), presentó una puntuación de 40. Siendo el mejor autocuidado 12 y el peor autocuidado 60. En el cuestionario Minnesota de Calidad de vida (MLWHF), obtuvo una puntuación de 77, siendo 0 mayor calidad de vida y 105 el peor valor.

Tratamiento farmacológico al alta: Furosemida 40 (2-1-0), Bisoprolol 2.5 (1-0-1), Eplerenona 50 (0-1-0), SAC/VAL 24/26 (1-0-1), Zopiclona 7.5 (0-0-1), Oalexia retard 25 (1-1-1).

Diagnósticos enfermeros, planificación y ejecución

Tras esta valoración inicial, se identifican las características definitorias y factores relacionados, enunciando 2 diagnósticos de enfermería NANDA. Para cada uno de estos diagnósticos se describen unos criterios de resultado (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), en las que se especifican las actividades llevadas a cabo por la enfermera de IC para conseguir los objetivos deseados (tablas 1-2).

Evaluación

El paciente permaneció en seguimiento por la enfermera de IC durante cinco meses. El primer contacto se produjo durante el ingreso, en la visita previa al alta. El objetivo de esta visita es que el paciente/cuidador reciba información sobre el régimen terapéutico y los signos y

NANDA (00126) Conocimiento deficientes r/c información inadecuada m/p conducta inapropiada		
NOC 1808. Conocimiento de la medicación	RI	RO
180804. Descripción de las acciones de la medicación	1	4
180810. Descripción de la administración correcta	1	4
180802. Descripción del nombre correcto	1	4
Escala Likert para valorar los indicadores de resultados: 1-Nunca demostrado, 2-Raramente demostrado, 3-A veces demostrado, 4-Frecuentemente demostrado, 5-Siempre demostrado.		
NIC 5616. Enseñanza medicamentos prescritos NIC 5606 Enseñanza individual Actividades: Se solicita al paciente que aporte todas las cajas de medicamentos y se realiza conciliación de la medicación, garantizando que el paciente toma los fármacos prescritos, en la dosis y el horario indicado. Se explica al paciente y a su esposa la pauta flexible de diuréticos.		
NANDA (00062) Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa deseo de mejorar el aprendizaje		
NOC 1830. Conocimiento del control de la enfermedad cardiaca	RI	RO
(183005) Descripción de la manera de controlar los factores de riesgo	1	4
(183003) Descripción de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	1	4
Escala Likert para valorar los indicadores de resultados: 1-Nunca demostrado, 2- Raramente demostrado, 3- A veces demostrado, 4-Frecuentemente demostrado, 5-Siempre demostrado.		
NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	RI	RO
181301. Descripción de la justificación del régimen terapéutico	1	4
Actividades: Se explica al paciente y a la esposa los signos y síntomas de la IC, la etiología, que se trata de una enfermedad crónica que cursa con descompensaciones. Se informa de la importancia de realizar automedidas de peso, presión arterial y frecuencia cardiaca. Así como los signos de descompensación y cómo actuar cuando aparezcan. NIC 5510. Educación sanitaria NIC 5614. Enseñanza dieta prescrita NIC 5612. Enseñanza actividad ejercicio prescrita NIC 7140. Apoyo a la familia Actividades: Se explican los cambios en el estilo de vida, importancia de realizar una dieta baja en sal, se le enseña a identificar la sal en los alimentos, además de la necesidad de mantener una vida activa y realizar ejercicio de forma regular. Se incluye a la esposa en todo el proceso. Se entrega información sobre cómo enriquecer la dieta con proteínas y un programa de ejercicio aeróbico, de fortalecimiento muscular y de equilibrio para recuperar masa muscular y evitar caídas.		

Tabla 1: Plan de Cuidados: diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones

síntomas de empeoramiento. Se les facilita también, el teléfono de la consulta de la enfermera de IC para que disponga de un acceso preferente en caso de descompensación.

La IC es un problema con gran impacto en el bienestar de las personas y en su entorno familiar y social. Se requiere tiempo para la adaptación,

adquisición de habilidades y aprendizaje, para que estas personas, con su condición de cronicidad, puedan aceptar y asumir la responsabilidad de autocontrol y autocuidado. En la figura 1 se detallan los aspectos relacionados con la educación sobre el autocuidado en el paciente con IC.

<p>Problema de colaboración: Desgaste proteico energético y desacondicionamiento motor por ingreso prolongado</p> <p>NIC 1030. Manejo de los trastornos de la alimentación. NIC 5614. Enseñanza: dieta prescrita NIC 0201. Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza</p> <p>Actividades: Se dan recomendaciones para enriquecer la dieta aumentando la cantidad de proteínas. Se entrega programa de ejercicios para recuperar capacidad funcional.</p>
<p>Problema de colaboración: Insuficiencia Cardiaca descompensación</p> <p>NIC 2020. Monitorización de electrolitos NIC 1100. Manejo de la nutrición NIC 4200. Terapia intravenosa (i.v.) NIC 2380. Manejo de la medicación NIC 1260. Manejo del peso</p> <p>Actividades: Administración de diuréticos por vía parenteral, control de bioquímica sanguínea, conciliación de la medicación. Asesoramiento sobre dieta baja en sal, pobre en potasio y restricción hídrica.</p>

Tabla 2: Plan de Cuidados: problemas de colaboración e intervenciones



Figura 1. Aspectos relacionados con la educación sobre el autocuidado
Fuente: Adaptado de: A middle-range theory of self-care of chronic illness.

Durante el seguimiento se detectaron errores en la toma del tratamiento farmacológico, existían discrepancias entre el tratamiento prescrito en receta electrónica y el informe de alta.

En pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición es muy importante aumentar el consumo de proteínas y que estas sean de buena calidad biológica. Se le recomendó que aumentase el consumo de carne, huevos, lácteos y alimentos vegetales ricos en proteínas (legumbres, cereales y frutos secos principalmente). Se instruyó sobre cómo realizar un programa que combinaba ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular, para revertir el

desacondicionamiento motor por ingresos hospitalarios.

Presentó dos episodios de descompensación de la IC durante el seguimiento, en relación con infecciones respiratorias que precisó de diuréticos intravenosos. La esposa aplicó la pauta flexible de diuréticos y contactó con la enfermera de IC, el paciente fue atendido en la consulta de la enfermera de forma conjunta con el cardiólogo. En ninguna de las dos ocasiones precisó ingreso hospitalario.

Durante el periodo de seguimiento, la enfermera realizó titulación de fármacos recomendada en las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (EHJ 2016)²

para betabloqueantes, inhibidores del enzima conversor de la angiotensina, antagonistas de receptores de mineralocorticoides y diuréticos, que implica monitorización clínica, analítica, electrocardiográfica, ajuste de dosis hasta alcanzar una dosis objetivo, manejo de problemas en la titulación, y educación del paciente para mejorar la adherencia.

Al alta el paciente mejoró en la escala de autocuidados presentando un valor de 28 en el EHFS CBS y de la calidad de vida, evidenciado por una puntuación de 44 en el MLWHF.

Tratamiento farmacológico al alta: Furosemida 40 (1-0-0), Bisoprolol 2.5 (0-0-1), Eplerenona 50 (0-1-0), SAC/VAL 97/103 (1-0-1), dapaglifozina 10 (0-1-0), Zopiclona 7.5 (0-0-1), Oalexia retard 25 (si precisa).

Discusión

Se han publicado numerosos ensayos aleatorizados y metaanálisis que han probado la efectividad de los programas multidisciplinarios para el manejo de pacientes con IC. Las enfermeras especializadas en IC, han demostrado su papel dentro de estos equipos multidisciplinarios^{2,5}. El caso que se presenta es un claro ejemplo de los beneficios que aporta este modelo de seguimiento estructurado.

Diferentes estudios justifican la necesidad de que exista una enfermera especialista de referencia para pacientes con IC a nivel hospitalario. Las intervenciones de la enfermera especializada en IC se orientarán a la educación para el autocuidado, la titulación de fármacos, prevención de descompensaciones, apoyo durante las descompensaciones¹¹⁻¹⁴. La atención a la demanda telefónica es una actividad que se realiza de manera paralela dentro de este programa. Al paciente se le facilita un teléfono para solventar dudas sobre la enfermedad, el tratamiento o contactar en caso de empeoramiento. Si el problema no puede solucionarse por teléfono, se gestiona una cita presencial en la consulta para valoración conjunta con el cardiólogo.

Compartimos con Alconero-Camarero¹⁷ que un plan de cuidados para educar acerca de la enfermedad, evaluando el grado de conocimiento adquirido, facilita la adherencia al régimen terapéutico y disminuye las hospitalizaciones en un paciente con IC.

Las limitaciones en este estudio se hallan en las escasas publicaciones de casos clínicos y en la variabilidad de los roles de las enfermeras de las unidades de IC, que dificultan establecer las intervenciones más eficaces. Si bien, este caso y

otros similares refuerzan la importancia de los cuidados integrales por la enfermera en estos pacientes.

Bibliografía

1. Metra M, Teerlink J. Heart failure. The Lancet [Internet]. 2017[citado 13 Abril 2021];390(28):1981-1995. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31071-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31071-1/fulltext)
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016; 37:2129-2200
3. Van Riet EE, Hoes AW, Wagenaar KP, Limburg A, Landman MA, Rutten FH. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail*. 2016; 18: 242-252
4. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure: Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 2014;63(12):1123-1133
5. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Brunner La Rocca H-P, Castiello T, Celutkiene J et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2021; 23: 157-174
6. Riegel B, Lee CS, Ratcliffe SJ, De Geest S, Potashnik S, Patey M, Sayers SL, Goldberg LR, Weintraub WS. Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. *Circ Heart Fail*. 2012 Jul 15(4):430-6.
7. Chang LL, Xu H, DeVore AD, et al. Timing of Postdischarge Follow-Up and Medication Adherence Among Patients With Heart Failure. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(7):e007998
8. Herdman TH, Kamitsuru S, NANDA International. NANDA International, Inc.: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación: 2018-2020. Barcelona: Elsevier España; 2019. 5.
9. Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 2019.
10. Butcher HK. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC), séptima edición. Barcelona: Elsevier España; 2019.
11. Comin-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016; 69(10):951-961.
12. Oyanguren J., Latorre P.M., Torcal J., Lekuona I., Rubio S., Maull E. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:900-914.
13. Oyanguren J, García-Garrido LI, Nebot Margalef M, Lekuona I, Comin-Colet J, Manito N, et al. ETIFIC research group. Design of a multicentre randomized controlled trial to assess the safety and efficacy of dose titration by specialized nurses in patients with heart failure. ETIFIC study protocol. *ESC Heart Fail*. 2017;4:507-519.
14. Driscoll A, Currey J, Tonkin A, Krum H. Nurse-led titration of angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD009889. DOI: 10.1002/14651858.CD009889.pub2
15. Alconero-Camarero AR, Arozamena-Pérez J, García-Garrido LL. El paciente con insuficiencia cardiaca aguda: caso clínico. *Enferm Clin*. 2014;24(4):248-253.